

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El deseo sexual femenino. Un tema de interés para todos

Sexual desires in female. A topic of interest to everybody

Lic. Liubal Noa Salvazán¹, Dra. Yoasmy Creagh Almiñán², Dr. Oscar Soto Martínez³, Lic. Dayami Wilson Castellanos⁴

¹ Licenciado en Psicología. Máster en Sexualidad. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

² Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

⁴ Licenciada en Nutrición. Instructor. Policlínico Universitario "Asdrúbal López Vázquez". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el deseo sexual femenino, con el objetivo de describir este comportamiento sexual escasamente estudiado en el contexto provincial y nacional a pesar de su incidencia en la población femenina, lo que se constata en las consultas de sexología clínica realizada por este investigador. Las informaciones obtenidas se utilizaron como sustento para desarrollar críticas y

entre los profesores y estudiantes que integran la Cátedra de Sexualidad de la Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo como parte de su preparación teórica.

Palabras clave: deseo sexual hipoactivo, deseo sexual inhibido, líbido, estímulo sexual efectivo

ABSTRACT

A bibliographical review on women's sexual desire is performed, in order to describe this sexual behavior in our city and national context although its incidence in the female population, which is found in clinical sexology performed by this researcher. The information was obtained and was used for developing reviews and reflections on the theme in the elective course on sexuality and between teachers and students that belong to the Department of Sexuality, Faculty of Medical Sciences Guantanamo as part of their theoretical training.

Keywords: sexual hypoactive sexual desire, inhibited sexual desire, libido, and stimulus

INTRODUCCIÓN

La falta de deseo sexual (...) "supone uno de los retos más importantes de la sexología clínica. La incidencia de esta disfunción aumenta progresivamente a mayor ritmo y probablemente la que más fracasos terapéuticos atesora".

Kaplan definió: "el deseo sexual o líbido es vivenciado como sensación específica que mueve al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas. Tales sensaciones son producidas por la activación de un sistema neural específico en el cerebro. Cuando este sistema se activa, la persona está "caliente", según el lenguaje popular, y es posible que perciba sensaciones genitales, que se sienta vagamente excitada, interesada o abierta a experiencias sexuales o, incluso, simplemente inquieta. Estas sensaciones cesan después de la gratificación sexual, esto es, del orgasmo. Cuando este sistema está inactivo o sometido a la influencia de fuerzas inhibitorias, una persona no tiene interés en las cosas eróticas;" pierde el apetito" por las experiencias sexuales". Para esta autora, el deseo sexual no es más que "tener ganas, estar dispuesto, motivado, expectante".

Para Toates y la propia Kaplan, citados por Cabello "el deseo sexual puede suscitarse como una respuesta a un tipo de estímulo tanto interno como externo que produce una activación fisiológica, siendo ésta interpretada en función de parámetros culturales."

Por el grado de imbricación que existe entre la subjetividad de la personalidad y los elementos fisiológicos particulares, diferentes para

cada sexo y dentro del mismo género, es difícil establecer el distingo de lo normal y lo patológico del deseo sexual, dado que la intensidad del impulso sexual varía ampliamente de persona a persona e incluso en una misma, por que están en juego factores de variada índole. "En otras palabras algunas personas normales tienen, al parecer un impulso sexual tan bajo que su experiencia puede asimilarse a la de los pacientes que sufren de un deseo sexual hipoactivo patológico". Esta aseveración conlleva a que al referirse al deseo sexual haya que también hacerlo a su patología: a los trastornos del deseo.

DESARROLLO

En las literaturas consultadas, al referirse al deseo sexual trastornado, se utilizan indistintamente variadas terminologías como: aversión sexual, fobia al sexo, apatía sexual, deseo sexual bajo, evitación sexual, las que tienden a producir confusión conceptual.

En este trabajo vamos a utilizar las definiciones realizadas por la Dra. Kaplan, por considerarlas menos ambiguas. Ella reserva "la expresión deseo sexual inhibido para aquellas situaciones de la libido anormalmente baja, en las que se ha hecho un diagnóstico etiológico, es decir, cuando se ha establecido que el deseo sexual se halla inhibido por factores psíquicos. Cuando no se ha determinado aún la etiología de la disminución de la libido, es preferible la expresión deseo sexual hipoactivo".

Según Francisco Cabello, "Existe deseo sexual hipoactivo cuando se reúnen las siguientes circunstancias:

"Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.

- A. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- B. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I, (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica.

C. La definición de la AFUD (*AMERICAN FOUNDATION FOR UROLOGIC DISEASE*) es prácticamente la misma: "deficiencia recurrente o persistente (o ausencia) de fantasías/pensamientos sexuales y/o deseo o receptividad de actividad sexual, lo que causa una ansiedad personal".

Para Basson, citado por Ada Alfonso, es la "Ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales, siendo la motivación para buscar la excitación, escasa o nula y teniendo presentes los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo de vida y de duración de la pareja".

"En el deseo sexual hipoactivo, salvo en extrañas ocasiones, vamos a encontrar mujeres con conflictos de pareja, cuyos maridos no las escuchan, que se sienten infravaloradas, en suma, con problemas de intimidad"

Hasta aquí se puede plantear, que se está de acuerdo con Kaplan, de agrupar para la condición de deseo sexual inhibido e hipoactivo, etiologías diferentes en aras de organizar el proceso de entendimiento y se comparte la definición ofrecida por Basson, ya citada, porque en ella, se tiene presente la integración de factores de causas físicas, sociopsicológicas, es decir, un enfoque mixto.

Para comprender la fase del deseo sexual, incluida y tratada, desde la propuesta original de la respuesta sexual humana, realizada por Masters y Johnson, se debe partir haciendo referencia al antiguo enfoque monista de la respuesta sexual humana, el cual impedía el progreso en el estudio del desempeño sexual.

Para que sucediera un adelanto en la comprensión de la naturaleza sexual humana fue preciso ir separando algunas manifestaciones sexuales de la amplia naturaleza sexual que era estudiada como un todo. Tan pronto como se hizo, se reconoció la multiplicidad de determinantes que pueden incidir sobre la sexualidad.

Fue el urólogo James Reaman, el primero en romper con dicho enfoque, abriendo, para el desarrollo de procedimientos terapéuticos racionales, una primera era o etapa, al publicar en 1956 un artículo sobre la "impotencia eyaculatoria".

Esta primera etapa, sentó las bases, para que la sexología entrara en una segunda era, cuando Masters y Johnson, consideraron la respuesta sexual humana, al publicar en 1966 una obra de igual nombre, una

función biológica natural y observaron con precisión, el comportamiento sexual masculino y femenino.

“En 1974 la psicoterapeuta y sexóloga Helen Singer Kaplan, concibió una simplificación de la respuesta sexual de Masters y Johnson, reduciendo a 2 fases las 4 propuestas por éstos”.

- Primera fase: vasocongestiva
- Segunda fase: muscular

A pesar que estos factores ya habían sido planteados por Masters y Johnson, cuando formularon su respuesta sexual, Kaplan en 1974 realiza una producción teórica sobre las conclusiones experimentales de la pareja antes mencionada. La respuesta bifásica de Kaplan, concebida 8 años después de publicada la respuesta tetrafásica de Masters y Johnson, “constituyó toda una novedad en el campo sexológico y contribuyó a la elaboración de una “Nueva Terapia Sexual”, que permitía estudiar la “vulnerabilidad” de cada fase de la respuesta”.

No obstante, antes que Helen Singer Kaplan, ofreciera a la ciencia sexológica mundial su más relevante aporte, dos modelos de respuesta sexual, verían la luz, las propuestas de Salerno [1967] y Gardiman [1973]”.

Salerno proponía una respuesta bifásica de la actividad sexual, compuesta por:

1. *Fase preparatoria* o circuito acelerado de la libido o etapa de la satisfacción pregenital, comprendía: erotización del pensamiento, ideas voluptuosas, excitación erótica visual, contacto corporal en superficie, determinante de una sintonización erógena bioeléctrica difusa, juegos manuales, caricias, contactos parciales intensivos en labios, mamas, genitales, suele efectuarse una felación o cunnilingus fugaz.

2. *Fase de ejecución* o circuito retardado o etapa del goce adulto, comprendía genitalización del erotismo, concentración máxima de carga en el pene y la vagina, urgencia ejecutiva, representada por un intenso deseo de penetrar en el hombre y de ser penetrada en la mujer, adopción de la posición echada en decúbito dorsal por parte de la mujer, con el varón sobre ella estableciendo un contacto tóracoventral, Introducción del pene en la vagina, atenuación progresiva de la carga libidinosa del circuito anterior o acelerado, desimpregnación erótica del pensamiento, anulación de ideas, movimientos acelerados de vaivén de los genitales acompañados de flexión y deflexión de la pelvis, orgasmo automático, sin interferencias psíquicas, relajación neuromuscular y tendencia al sueño.

Por su parte Gardiman, [1973] sobre la investigación experimental de 67 sujetos, planteó la existencia de 5 fases:

1. Cortejo, excitación, tensión sexual, orgásmica, extinción.

A partir de este momento histórico, comienza una tercera etapa en la evolución, no solo del desarrollo de las fases de la respuesta sexual humana, sino también, para la sexología como ciencia que se va dotando de problemas específicos, de determinadas técnicas propias, sino también de un marco conceptual y metodológico capaz de proporcionar una visión más integradora de su objeto de estudio a partir de la integración dialéctica de sus diferentes componentes estructurantes. Este nuevo periodo va a estar marcado por la inclusión de la fase del deseo sexual.

En el año de 1979, cinco años más tarde de su primera propuesta, Kaplan, a las dos fases de vasocongestión y muscular, agrega una nueva fase: la fase del deseo.

Plantea Flores Colombino [2005] que, "Harold Lief señaló en Estados Unidos que el deseo sexual había sido descuidado y posee una significativa importancia clínica e inspirada por él, Kaplan reúne diversos aportes y experiencias de sus propios fracasos terapéuticos y plantea la existencia de una fase del deseo, como un progreso significativo para la visión más integrativa de la respuesta sexual, que, de bifásica, pasa a ser trifásica: fase de deseo, fase de excitación y fase orgásmica".

Años posteriores otros investigadores han formulado, teniendo en cuenta siempre el aporte de H. Kaplan, distintos formatos de respuesta sexual:

Yáñez en 1986, plantea la existencia de un ciclo de respuesta sexual compuesto de seis fases: "Inicial, (Corresponde con la fase del deseo), excitadora, meseta, resolutive, refractaria, final (de recuperación)".

Refiere Flores Colombino, que al año siguiente, Ladas, Whipple y Perry, en 1987, propusieron una respuesta de tres fases:

1. "Fase muscular: mínimas sacudidas musculares pubococcígeas. Coincidiría con la fase del deseo de Kaplan.
2. Fase muscular: las contracciones musculares provocarían el mayor flujo sanguíneo.

3. Fase de orgasmo: plantean varios tipos de orgasmo. Siguiendo las categorías de Kaplan, los habría de tres tipos: orgasmo vulvar, orgasmo mezclado y orgasmo uterino”.

Plantea Beatriz T. que John Bancroft [1983], ofrece un modelo más complejo de 5 fases: “apetito, excitación central (subjetiva), respuesta en órganos sexuales (genital), excitación periférica y fenómenos en torno al orgasmo”.

Es a partir de la década de 1990, en que los estudios sobre las fases de la respuesta sexual entran en una cuarta y actual etapa, dado la utilización, aún, de sus principales postulados. Como son los criterios concernientes al funcionamiento integral de las fases y la potenciación de la importancia de los factores psicológicos en la fase del deseo.

Esta cuarta etapa comienza, con los aportes de Leiblum [1990], quien agrega al modelo tradicional, una fase final llamada satisfacción.

Un año más tarde Schnarch [1991], propone un modelo de respuesta sexual como una curva de 3 ejes, donde el deseo ocuparía el eje z tridimensional.

La Dra C. Beatriz T. refiere que Basson y Whipple [2000] sugieren un modelo circular de respuesta sexual y para el año 2003 Basson, propone las fases de intimidad, estimulación sexual, excitación, evaluación adecuada de la excitación, deseo, experiencia sexual satisfactoria e intimidad.

Este autor considera que las diferentes variantes de entendimiento de la respuesta sexual humana presentadas, poseen elementos que fueron novedosos para un momento histórico determinado de la sexología, como ciencia joven que es, pero resultan más interesantes los realizados por Kaplan y Masters y Jonhson, por ser más simples en su comprensión teórica y práctica, sin dejar de tener en cuenta la propuesta de Schnarch [1991].

Es preciso referir que hasta este punto del análisis, hemos visto el deseo sexual para ambos géneros, es decir, masculino y femenino, a partir de ahora se centrará en el deseo sexual femenino y además se ha realizado brevemente este recorrido histórico de las fases de la respuesta sexual humana, aún cuando el interés mayor es el de referirnos al deseo sexual femenino, justamente, por esta ser la fase, que no solo se ubica al inicio de la respuesta sexual, sino que también va a matizar la dinámica sexual de las otras, entorpeciéndolas o favoreciendo el proceso.

En este sentido es incuestionable el aporte de Schnarch, al entendimiento de la fase del deseo sexual femenino como elemento individual y al mismo tiempo en unidad con las otras fases de la respuesta sexual humana, para él, como ya se ha planteado, la respuesta sexual no se puede representar en una curva de dos ejes sino de tres, es decir el deseo ocuparía un eje zeta tridimensional, lo cual dicho de otra manera, equivale a que cuando se está en fase de excitación también existe deseo (eje zeta) y lo mismo ocurre con las otras fases; se está en la fase de meseta o de orgasmo y el deseo persiste; no hay que ubicarlo solo en el inicio de la respuesta sexual, como se hacía tradicionalmente.

Álvarez-Gayoli, hace referencia que el deseo sexual femenino puede verse afectado por causas físicas, psicológicas o mixtas. Dentro de las físicas se cita "la depresión, como quizás la causa fisiológica más común del deseo sexual hipoactivo. El stress, que puede ir asociado con una depresión fisiológica del aparato sexual. También las drogas como los narcóticos, los sedantes, el alcohol en dosis elevadas, ciertos agentes anti-hipertensivos y las drogas antagónicas de la acción de la testosterona".

Las causas hormonales, especialmente, están referidas a desajustes en la testosterona y la prolactina. Dentro de las enfermedades médicas, se sitúa cualquier enfermedad médica o procedimiento quirúrgico que perturbe la anatomía o fisiología de los centros sexuales del cerebro, ejemplo la diálisis renal y otros trastornos médicos, urológicos y ginecológicos.

Las causas psicológicas, son variadas. "En la práctica clínica, las perturbaciones de la libido que prevalecen son de origen psicógeno más que las derivadas de factores fisiológicos. Algunos pacientes tienen tan enérgicas defensas contra su deseo sexual que evitan activamente cualquier situación que pueda movilizarlos. Son pacientes que no leen literatura erótica ni miran imágenes eróticas. No hablan de temas sexuales y hasta es posible que se sientan incómodos si en una conversación o en una broma hay sugerencias sexuales (...) El mecanismo de "desconexión" hace pensar que la causa o antecedente inmediato del deseo sexual inhibido, es la supresión involuntaria e inconsciente, pero activa, del deseo sexual".

"Son muy diversas las imágenes, asociaciones o percepciones "seleccionadas" por su capacidad, para servir como mecanismo de "desconexión" y el contenido de estas imágenes negativas no necesita ser específico. Un paciente concentrara la atención de manera selectiva

sobre algunos rasgos físicos poco agradables de su pareja; el vientre saliente, el cabello descuidado, los muslos gruesos, mal aliento, los genitales, etcétera, con el fin de acallar la manifestación de los centros sexuales. También puede servir para el caso el recuerdo de un comportamiento inaceptable de la pareja o de injusticias pasadas”.

Llama poderosamente la atención como a pesar de haber transcurrido 31 años de esta observación, en la actualidad, están presentes, como base, estos argumentos, que son clásicos para la sexología contemporánea.

Los conflictos maritales, ocupan un lugar de suma atención para, toda vez que la mayor preocupación por la disminución del deseo ocurre en el marco de esta relación interpersonal. Si la mujer es una persona que trabaja en exceso, que mantiene un ritmo de vida que la mantiene extenuada, no debe esperar tener un deseo sexual satisfactorio. Por otra parte, si no se encuentra satisfecha con su relación, algo similar ocurre. Una mujer que se sienta dominada en una relación, sin espacio para dialogar, en donde no se le toma en cuenta, el deseo sexual también puede verse afectado.

Lo mismo ocurre cuando hay diferencias entre la pareja con respecto al espacio de cada uno. El espacio significa tiempo individual, apartada de la pareja, amigos e intereses separados. Esto es sano en una relación, ya sea para el hombre como para la mujer. Pero en ocasiones la mujer, requiere de más espacio, y resulta que la otra parte necesita de mayor cercanía y por lo tanto de menor espacio. Esta situación puede llevar a un bajo deseo sexual. Se inicia así un ciclo de “me persigues y me distancio”, y lo que se consigue es más distancia de una de las partes y por lo tanto una sensación de rechazo por la otra. Esto requiere de mejorar la comunicación; espacio no significa que se deje de querer a una persona, como a veces erróneamente se asume.

Los sentimientos de vulnerabilidad y confianza, son también causas que pueden influir en la aparición del fenómeno. Hacer el amor coloca a la mujer en una posición de expresar afectividad por su pareja y de demostrar que lo necesita emocionalmente. Sin embargo, a pesar de que estos sentimientos son genuinamente positivos, si no existe confianza con la pareja, si no se siente que está allí cuando se le necesita, si no se está segura de la estabilidad de la relación, las relaciones sexuales pueden producirle insatisfacción.

Estas vivencias se evitan inhibiendo el deseo sexual. Las mujeres que perciben esto pueden provenir de familias en donde vieron a sus madres ser maltratadas por sus padres, o que han tenido desastrosas experiencias previas.

La disminución del deseo sexual femenino puede ser primaria, cuando la persona nunca ha sentido mucho interés o deseo sexual, y es secundaria, cuando la persona solía tener deseo sexual, pero ya no lo tiene.

Las causas mixtas no están referidas a una sumatoria de factores físicos y psicológicos, sino a una integración entre los mismos, que permiten atender a la etiología como un todo.

CONSIDERACIONES FINALES

Son muchas las mujeres que perciben una vida infeliz alejada de todo bienestar producto al deseo sexual, ya sea por ser éste elevado y no encontrar satisfacción o por estar disminuido. Se pueden ver sintetizados los factores comunes en la problemática del deseo sexual femenino: problemas de comunicación, falta de afecto, pugnas y conflictos de poder y la falta de tiempo para que la pareja pueda estar a solas. Por otra parte, el deseo sexual inhibido también puede ocurrir en personas con una educación sexual muy estricta durante la crianza, actitudes negativas hacia el sexo o experiencias sexuales traumáticas o negativas como violación, incesto o abuso sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Fraga J.C. (2007). Cuba: características sociodemográficas de las mujeres en la edad mediana. En: Climaterio y Menopausia un enfoque desde lo social. Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.
2. Alfonso Rodríguez. A. (2009). Trastornos del deseo. Conferencia. Iglesia Episcopal, taller nacional de terapeutas sexuales. Ciudad de La Habana.
3. Alfonso Rodríguez. A. (2009). Violencia, un problema de salud, social y derechos humanos. Conferencia. Iglesia Episcopal, taller nacional de terapeutas sexuales. Ciudad de La Habana.
4. Alfonso Rodríguez. A. (2010). Violencia: Un problema de salud, social y derechos humanos. Conferencia, maestría en Sexualidad. Biblioteca, R. M. Villena, La Habana.

5. Alonso, A., Cairo, E., Rojas, R. (2003). Psicodiagnóstico. Selección de lecturas. Ed. Félix Valera, La Habana.
6. Álvarez Roca, M. (2009). La mujer maltratada, aproximación a su estudio en la comunidad 30 de noviembre. En CD-RUM V Congreso Cubano Educación, Orientación y Terapia Sexual.
7. Álvarez-Gayoli, J.L. (2006). Sexoterapia integral. Ed. Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana.
8. Artiles Visbal, L. (2010). Determinantes sociales de la salud. Conferencia. Maestría de sexualidad. Ciudad Habana.
9. Castaño R, López Sosa C, Palacios S. (2006). Trastornos del deseo sexual. CECOVID, A. C. Aún la luna a veces tiene miedo... una aproximación a la violencia doméstica en México, México.
10. Cabello Santamaría, F., Lucas Matheu, M. (2005). Manual Médico de terapia sexual.
11. Flores Colombino, A. (2005). La respuesta sexual. Ed. Dismar 4ª, Montevideo.
12. Fernández Ruiz, L. (2006). Personalidad y relaciones de pareja. Ed. Ciencias médicas, Ciudad de La Habana.
13. Ferrer Lozano, D. (2009). Alternativa de intervención desde las competencias comunicativas para minimizar la violencia psicológica en parejas rurales y suburbanas. Tesis de doctorado. Universidad Central de Las Villas.
14. Ferrer Lozano, D., González Ibarra, M., Vasallo Barrueta, N. (2010). Entrenamiento socio-psicológico para minimizar la expresión de la violencia psicológica en parejas. Revista sexología y sociedad. Año 16, no.43.
15. González, I. (2007). Edad Mediana una época de crisis sexual en la pareja humana. Publicado: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZFZFpZFyZXwUprsr.Php>. Revisado: Revisado. 12 de Junio del 2008.
16. Izquierdo Domínguez, M. (2008). La violencia psicológica en parejas. Una alternativa para enfrentarla. En CD-RUM V Congreso Cubano Educación, Orientación y Terapia Sexual.
17. Masters, W., Johnson, V. (1987). La sexualidad Humana. Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana, Cuba.
18. Molina Martínez, O., Martínez García, A., Hernández, C. (2009). Comportamiento de la violencia psicológica contra un grupo de mujeres en las relaciones de pareja. Memorias V Congreso Cubano Educación, Orientación y Terapia Sexual. Ciudad de La Habana. Enero de 2010.
19. Mok Olmo, Y., Olmo Palma, I. (2009). "Buscando armonía en casa". Programa de intervención comunitaria para trabajar la violencia en hombres. En CD-RUM V Congreso Cubano Educación, Orientación y Terapia Sexual

20. Navarro Despaigne, D. (2009). Disfunción sexual y enfermedades crónicas. Conferencia. Iglesia Episcopal, taller nacional de terapeutas sexuales. Ciudad de La Habana.
21. Ravelo, A. (2007). Enigmas de la sexualidad femenina. Editorial de la mujer, Ciudad de La Habana, Cuba.
22. Singer Kaplan, H. (1979). Trastornos del deseo sexual. Ed. Grijalbo, sa, Barcelona.
23. Torres Rodríguez, B. (2009). ¿Qué ocurre con el deseo sexual femenino? Conferencia. Iglesia Episcopal, taller nacional de terapeutas sexuales. Ciudad de La Habana.
24. Torres Rodríguez, B. (2006). Hablemos de sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre la sexualidad, el amor y la pareja. Ed. Científico- Técnica, Ciudad de La Habana.
25. Wert Coello, N. y otros. (2009). Abuso sexual en adolescentes y agentes socializadores: una propuesta de intervención psicológica. Memorias V Congreso Cubano Educación, Orientación y Terapia Sexual. Ciudad de La Habana. Enero de 2010.

Recibido: 5 de marzo de 2014

Aprobado: 8 de abril de 2014

Lic. Liubal Noa Salvazán. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. **Email:** liubal@infosol.gtm.sld.cu